

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (Art. 75 e 76 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Incarico di **Liliana Coppola** per complessive **22 ore** nei giorni **29-30 novembre** e in ulteriori date da concordare, relativamente al corso "La motivazione al cambiamento nella promozione di stili di vita salutari" (Codice corso n. **E00721** - abbrev. Corso Tabagismo, cdc 03010701), che avrà luogo a Palermo presso la sede dell'ASP.

Il/la sottoscritto/a NOME **Liliana** COGNOME **Coppola** consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000) dichiara di avere preso visione del codice di comportamento del CEPPAS, adottato ai sensi dell'art. 54 del D.Lgs 50/3/2001 n. 165 pubblicato sul sito istituzionale dell'Ente

DICHIARA

1. di non incorrere nelle cause di inconfirmità ed incompatibilità di incarichi previsti dal D.Lgs 3/4/13, n. 39, attuativo dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012, n. 190;
2. di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 53, comma 14, D.Lgs 165/2001;
3. di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi al mantenimento dell'incarico (art. 20 D.Lgs 39/2013);
4. di impegnarsi a rendere analoghi dichiarazioni con cadenza annuale (nel caso di durata dell'incarico superiore ad un anno);
5. di essere dipendente di Ente Pubblico. DENOMINAZIONE ENTE _____

INDIRIZZO _____ CAP _____ CITTÀ _____

di non essere dipendente di Ente Pubblico

6. di essere dipendente pubblico esonerato dal produrre apposita autorizzazione dell'Ente di appartenenza, esserino l'attività formativa da espletare rivolta a dipendenti della PA, in base al comma 6, lett. c bis art. 53 del D.Lgs. 165/2001. Dichiaro, inoltre, che il suddetto Ente non prevede, neppure in sede di regolamento aziendale, una diversa disciplina al riguardo.

di essere dipendente di ente pubblico e di essere in possesso di autorizzazione formale da parte dell'Ente di appartenenza, e di inviare la stessa entro e non oltre entro 5 giorni dalla conclusione dell'attività formativa consapevole che in assenza di formale autorizzazione questo Centro non potrà procedere al pagamento della prestazione.

7. Ai sensi dell'art. 26 dell'Accordo Stato Regioni del 2 febbraio 2017 sul Conflitto di interessi e del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM, in relazione al presente incarico per conto del CEPPAS - ID provider n. 428, consapevole che l'AGENZIA può utilizzare i dati contenuti nella presente auto-certificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della PA, di avere avuto negli ultimi due anni rapporti di collaborazione o finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario.

Sì (se sì, indicare quali) _____

No

8. che l'attività costituisca prestazione occasionale non soggetta ad IVA ai sensi art. 5 DPR 633/1972 che per l'attività svolta si provvederà ad emettere fattura

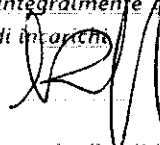
Richiesta crediti ECM attività di docenza Sì No

Il sottoscritto dichiara, altresì, che le informazioni contenute nel curriculum vitae allegato all'istanza di iscrizione all'Albo Referenti scientifici/Docenti/Tutor sono rispondenti al vero.

Ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del D.Lgs 101/2018 (Decreto di adeguamento al Regolamento UE 2016/679) autorizza, altresì, il CEPPAS a trattare, pubblicare e diffondere dati e informazioni contenuti nei sopra citati documenti per finalità di trasparenza e pubblicità dell'azione amministrativa. **Si accetta integralmente quanto previsto nella presente lettera d'incarico e nel Regolamento del Cefpas per il conferimento di incarichi**

Data **28/11/2023**

Firma



(Per la regolarità delle dichiarazioni autocertificative andrà allegata copia di valido documento di riconoscimento)